

# ИНФОРМАЦИОННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ПРОГРАММЫ CALFRESH О ПОЛУЧЕНИИ ПЕРЕВОДА ИЗ ОДНОГО ОКРУГА В ДРУГОЙ

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)

Дата  
извещения : \_\_\_\_\_  
Дело  
Имя : \_\_\_\_\_  
Номер  
Работник  
Имя : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Телефон : \_\_\_\_\_  
Адрес : \_\_\_\_\_

Вопросы? Обратитесь к работнику, ведущему ваше дело.

**Служение дела администрацией штата:** Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваше пособие не изменится, если вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

\_\_\_\_\_ округ перевел ваше дело CalFresh  
(ранее известные, как талоны на питание) в наш округ.

В этом письме указан новый номер вашего дела, имя и номер телефона работника, ведущего ваше дело. Пожалуйста, обратитесь к настоящему письму, когда вам нужно связаться с нами.

Вы получите льготы программы CalFresh (талонов на питание) указанные ниже:

\$ \_\_\_\_\_ начиная с \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ лиц.  
MM/DD/CCYY

Вы получите новую карточку электронных расчетов (EBT) на льготы, указанные выше. Если вы не получите новую карточку EBT, пожалуйста, обратитесь в наш офис.

Если на вашей карточке EBT из старого округа остались льготы, то вы можете пользоваться той карточкой, пока не израсходуете остаток льгот. Вы не сможете воспользоваться вашей старой карточкой EBT для получения льгот, указанных выше.

Вы должны сообщать об изменениях, которые могут повлиять на ваше право получения льгот в вашем периодическом отчете и работнику, указанному в этом извещении.

Вы должны заполнить формы, необходимые для ежегодной ресертификации программы CalFresh (талонов на питание), когда эти формы вам пришлют.

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в местном отделе социального обеспечения: All County Letter 11-22 and Welfare & Institutions Code § 11053.2.

## **ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ**

**Если вы не согласны с любым действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения. Если у вас есть уважительная причина, из-за которой вы не могли попросить о слушании в течение 90 дней, вы все равно можете запросить слушание. Если вы сможете предоставить достаточное основание, ваш запрос может быть запланирован.**

**Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), CalFresh (Талонов на питание) или Child Care (Присмотр за детьми) вступит в действие:**

- Льготы Cash Aid или Medi-Cal останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши льготы Child Care могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Льготы CalFresh останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

**Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, CalFresh или Child Care.** Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

Cash Aid       CalFresh       Child Care

## **Пока вы ожидаете решения слушания по программам:**

### **Welfare to Work:**

Вы не должны принимать участие в деятельности.

Вы можете получать платежи по программе Child Care во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги остановятся, вы не получите платежи даже, если вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, вы можете прекратить посещать деятельность.

### **Cal-Learn:**

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги программы Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности.

## **ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством Medi-Cal:** Действие этого извещения может остановить получаемые вами услуги от плана здравоохранения. Если у вас есть вопросы, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

**Медицинская поддержка и/или алименты на детей:** Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет вам взыскать алименты даже если вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока вы не попросите их, в письменном виде, прекратить взыскания. Они будут высылать вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округу.

**Планирование семьи:** Отдел социального обеспечения даст вам информацию по вашей просьбе.

**Дело для слушания:** Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата заведет на вас дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу вашего дела как минимум за два дня до слушания. Штат может дать ваше дело о слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. (**W&I Code Sections 10850 и 10950.**)

## **ОТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:**

- **Заполните эту страницу.**
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.  
По вашей просьбе, ваш работник сделает вам копии с этого листа.
- **Отправьте или отнесите этот лист по адресу:**

### **ИЛИ**

- **Позвоните по бесплатному номеру: 1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующихся TDD, звоните бесплатно 1-800-952-8349.**

**Для получения помощи: Вы можете узнать о ваших правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона штата, указанному выше.** Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

**Если вы не хотите идти на слушание сами, вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.**

## **ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ**

Я прошу слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа \_\_\_\_\_ в отношении:

Cash Aid       CalFresh       Medi-Cal  
 другого (перечислите) \_\_\_\_\_

**Причина:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.**

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика.  
(Родственник или друг не может переводить вам на слушании)

Мой язык или диалект: \_\_\_\_\_

имя лица, которому было отказано в льготах или льготы были остановлены или изменены

ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
---------------	----------------

АДРЕС	
-------	--

ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
-------	------	-----------------

ПОДПИСЬ	ДАТА
---------	------

ИМЯ ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ЭТУ АНКЕТУ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
-----------------------------------	----------------

**Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть вашим другом или родственником но не может переводить для вас.)**

ИМЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
-----	----------------

АДРЕС	
-------	--

ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
-------	------	-----------------